UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 72

Thérapeutique actuelle DES ANGIOMES CUTANÉS

Chirurgie Plastique en particulier

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

Jacqueline DARY

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
SOREL
DIEULAFÉ
BAZEX
Assesseurs.
GERAUD, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1951

DARY (Jacqueline).

Thérapeutique actuelle des Angiomes cutanés. Chirurgie plastique en particulier.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-,8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951, n° 72.

DARY (Jacqueline).

Thérapeutique actuelle des Angiomes cutanés. Chirurgie plastique en particulier.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-,8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951, n° 72.

DARY (Jacqueline).

Thérapeutique actuelle des Angiomes cutanés. Chirurgie plastique en particulier.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-,8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951, n° 72.

DARY (Jacqueline).

Thérapeutique actuelle des Angiomes cutanés. Chirurgie plastique en particulier.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine, in-,8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951, n° 72.

Thérapeutique actuelle des Angiomes Cutanés

Chirurgie Plastique en particulier

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL	MM. MERIEL	MM. RIBAUT
LAFFORGUE	VALLOIS	SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologiqué	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie		MM. DEODATI
Physique Médicale		MARQUÈS
Obstétrique		PONTONNIER
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÉS
Histologie	PLANEL
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 72

Thérapeutique actuelle DES ANGIOMES CUTANÉS

Chirurgie Plastique en particulier

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

Jacqueline DARY

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
SOREL
DIEULAFÉ
BAZEX
Assesseurs.
GERAUD, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1951

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA MÈRE ET A MON PÈRE
LE DOCTEUR JACQUES DARY

A MA TANTE ET A MON ONCLE
LE DOCTEUR GODEFROY DARY

A MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR JEAN LAVERGNE

A MON ONCLE LE CHANOINE S. P. DARY

A MA SŒUR

ET A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur de Clinique chirurgicale
infantile et orthopédique

Il nous a fait le grand honneur de nous confier le sujet de cette thèse et de vouloir bien en accepter la présidence.

A MON JURY DE THÈSE

A Monsieur le Professeur SOREL
Professeur de Clinique médicale
infantile et de puériculture
Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Professeur DIEULAFÉ
Professeur agrégé à a Faculté

A Monsieur le Docteur BAZEX
Chargé de cours à la Faculté

A Monsieur le Professeur GERAUD
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur IMPERTI
Médecin chef de l'Hôpital de Monaco

en hommage de profonde gratitude pour son enseignement et sa bienveillance durant mes années d'internat.

A Monsieur le Docteur Jean SECAIL
Ancien chef de Clinique chirurgicale

Il nous a apporté une aide précieuse.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

A MES AMIS ET CAMARADES
D'INTERNAT DE MONACO

Introduction

La terminologie populaire étiquette de diverses façons suivant leur étendue, leur aspect, leur exhubérance et leur situation, les nombreuses formes cliniques de l'angiome dont l'étiologie obscure et inexpliquée a été rattachée bien souvent à des phénomènes psychiques survenus pendant les périodes de grossesse.

Cette affection, plus fréquente chez la fille, pose un problème thérapeutique, non seulement parce que ces « envies » sont considérées comme une tare physique qu'essaient de faire disparaître aussi rapidement que possible les personnes qui en sont atteintes, mais aussi parce qu'elle présente un caractère évolutif trop souvent ignoré et qu'elle peut exposer à des complications dangereuses.

Au cours de ce travail, nous nous proposons d'étudier les différents traitements à appliquer à cette affection. Nous discuterons les avantages et les inconvénients des diverses méthodes proposées,

et comment, dans bien des cas, la thérapeutique des angiomes peut relever soit des agents physiques, soit de la chirurgie.

Nous conclurons en proposant, suivant les résultats obtenus, et suivant les cas, à laquelle des 2 méthodes doit être donnée la préférence.

Définition

La compréhension de la thérapeutique de ces tumeurs, n'est possible que lorsqu'on aura défini leur nature et leur constitution.

L'angiome ou hémangiome, est une tumeur formée soit par des vaisseaux capillaires, néoformés et dilatés, soit par un véritable tissu caverneux néoformé analogue à celui des organes érectiles. L'angiome est donc, avant tout, selon l'expression de Cruveilher une tumeur des capillaires.

D'après leur structure, on distingue donc deux variétés d'angiomes :

1. L'angiome simple;
2. L'angiome caverneux.

Il n'y a pas de différence absolue entre ces deux formes, et l'on peut observer la transformation de l'un dans l'autre dans la même tumeur.

Et d'après leur évolution on distingue :

3. Les angiomes extensifs envahissants;
4. Les angiomes compliqués.

1) *La première forme* apparaît, à l'œil nu, comme une tumeur finement lobulée remplie de sang.

En le dissociant on s'aperçoit qu'elle est formée de granulations (grains de Porta) composées chacune par des pelotons de capillaires sanguins.

Quoique néoplasme bénin, l'angiome est rarement enkysté et limité d'une façon parfaite, pou-

vant aller jusqu'à l'extrême, créant alors l'angiome diffus.

Ces considérations ne sont pas inutiles pour envisager la thérapeutique à apporter à ces tumeurs, et parfois lorsqu'on s'adressera à la chirurgie comme moyen de thérapeutique, celle-ci sera particulièrement délicate puisqu'elle visera une tumeur exclusivement formée de vaisseaux, non énucléable, et que parfois cette thérapeutique sera impossible ne permettant alors que l'application des agents physiques.

2) *La deuxième forme*, tumeur érectile, rappelle parfaitement par sa structure les organes érectiles normaux. Elle est le plus souvent encapsulée par une coque fibreuse à l'inverse des précédentes et l'on voit déjà les conséquences thérapeutiques qui peuvent découler de cette circonstance heureuse.

3. Les angiomes extensifs, envahissants récemment étudiés par FÈVRE s'observent surtout dans les premiers mois de la vie. Un angiome inexistant ou minuscule à la naissance peut en 2 ou 3 mos envahir le tiers ou la moitié de la face et du cou et poser des problèmes thérapeutiques presque insurmontables. La rapidité d'apparition de nouveaux points d'angiomes est parfois hallucinante. Cette extension peut se faire en surface mais aussi en profondeur et étant donné sa gravité relève d'une thérapeutique immédiate.

Sur 119 interventions FÈVRE signale 18 cas d'évolution rapide, extensive, soit 1 angiome sur 6.

4. Les angiomes peuvent se compliquer de suppurations avec sphacele central de la tumeur, prolifération exhuberante, ulcérations avec hémorra-

gies graves, secondaires parfois, à des injections sclérosantes ou à la radiothérapie.

La dégénérescence et la transformation en anevrysme cirsoïde, reste rare chez l'enfant.

Un autre point qui mérite d'être également étudié du fait de ses incidences thérapeutiques est la circulation de ces agiomes. Le sang y arrive par des artères afférentes et en sort par des vaisseaux efférents.

Suivant la facilité de circulation du sang dans ces tumeurs, nous pouvons nous trouver en présence d'angiomes rouges ou bleus, tel que les a définis Broca. Néanmoins de cette constatation pourra découler encore un nouveau mode thérapeutique dans certains cas tout au moins : l'atténuation de l'angiome, parfois sa guérison, par les ligatures périphériques des troncs afférents. Cette différence dans l'irrigation des angiones, est peut-être à l'origine des croyances populaires sur la coloration et la cause de ces tumeurs. Quels ne sont pas les patients qui déclarent que « leur cerise » mûrit à la saison des fruits ». C'est là pourtant une constatation absolument formelle, peut-être liée à une sorte de flux saisonnier, qui chez des sujets impressionnés par les symtômes, s'identifient très facilement aux arbres porteurs de la récolte nouvelle.

Revue Analytique des diverses Thérapeutiques

Plusieurs traitements ont été proposés :

1. Les injections sclérosantes ;
2. La curiethérapie ;
3. La roentgenthérapie ;
4. La cryothérapie ;
5. L'air chaud ;
6. L'électrolyse ;
7. La chirurgie.

Nous allons successivement envisager ses diverses modalités thérapeutiques.

I. Les Injections sclérosantes

Plusieurs techniques ont été successivement proposées. En 1912 Morestin procédait à des injections centrales et périphériques d'une solution formolée associée à des ligatures des vaisseaux. En 1925, Hustin pratiquait des injections de citrate de soude. Touraine et Renaut préfèrent à ces diverses thérapeutiques l'injection de salicylate de soude. Enfin un procédé qui rallie de nombreux suffrages, fut celui employé par Le Roy des Barres qui préconisait à la Société Chirurgicale dès 1927, les

injections péri et intratumorales de chlorydrate de quinine et d'urée.

Les résultats obtenus sont souvent satisfaisants. Certes, dès la première injection on constate un arrêt du caractère évolutif de la tumeur, puis progerssivement, la tumeur s'affaisse avec formation d'un tissu de sclérose que l'on peut dans un second temps, envisager d'enlever chirurgicalement, s'il est trop volumineux ou inesthétique. Les injections sont peu douloureuses et ne nécessitent aucune anesthésie.

Le temps séparant deux injections doit être assez long, pour permettre à l'action sclérosante d'épuiser son effet.

Cette technique peut entraîner certains accidents, mais toujours de petite gravité.

La réaction œdémateuse s'atténue en une dizaine de jours.

Persistance d'une légère élevure sur les bords avec transformation scléreuse. Des escarres ont été signalées par quelques auteurs, et qui ont été évitées par aseptie rigoureuse au cours de l'injection ainsi que par l'application préventive de pansements humides alcoolisés. En outre, on signale parfois une petite ivresse quininique.

Pour les angiomes circonscrits, les résultats sont parfois excellents et obtenus généralement en une seule injection.

Pour les angiomes diffus, la marche vers la guérison se fait de la façon suivante :

1. Arrêt de l'évolution de la tumeur,

2. Affaissement et formation de nodosités cicatricielles,

3. Disparition progressive et lente de la teinte angiomateuse. La peau ne revient à sa coloration normale que très difficilement et très lentement.

D'après les auteurs ayant pratiqué la sclérose, cette thérapeutique est très efficace et donne des résultats très satisfaisants. Si l'efficacité est aussi grande dans les zones superficielles que profonde, si la méthode s'applique à toutes les variétés quelle que soit leur épaisseur ou leur diffusion, il n'en est pas moins vrai que la sclérose est surtout indiquée dans les angiomes volumineux sous-cutanés.

TRAITEMENT DES ANGIOMES PAR LES RADIATIONS ET LA CURIE-THERAPIE

Ils présentent, sur les autres, l'avantage de n'être ni douloureux, ni traumatisant. Avantages d'autant plus important que ce sont en général des enfants ou des nourrissons que nous aurons à traiter.

En outre, en cas d'échec ou de résultat peu satisfaisant, ils laissent la voie libre à la Chirurgie. Dans des mains prudentes, expérimentées et familiarisées avec ces techniques, il s'agit d'une thérapeutique sans danger et d'application relativement facile.

Il est une règle qui souffre très peu d'exceptions et que l'on doit retenir et respecter sous peine d'accidents très graves : il ne faut pas traiter par curie-thérapie ou roentegn-thérapie, des angiomes situés au niveau des régions diaphyso-éphiphysaires chez l'enfant ou au niveau du cuir chevelu. La raison en est évidente : Une application intempestive dans une zone diaphyso éphiphysaire chez l'enfant peut entraîner un arrêt de développement de l'os et au niveau du cuir chevelu une alopecie définitive ou même des lésions de l'encéphale.

TECHNIQUE

1. Roentgen-thérapie

La roentgen-thérapie habituelle est une méthode peu commode, car dans la majorité des cas que nous aurons à traiter, les sujets étant des nourrissons ou des enfants, il sera difficile d'empêcher un enfant indocile ou apeuré de se déplacer sous le localisateur. D'autant plus qu'il s'agit de temps d'application relativement longs. Cette méthode doit être réservée à quelques cas bien particuliers : Les angiomes tubéreux très épais et étendus, ou les angiomes sous-cutanés infiltrant le tissu sous-cutané. Dans ce cas, et selon l'épaisseur de la lésion, on fera les applications de 250 à 300 r. par séance sous 120 à 150 kv filtre par 6 à 8 mm. d'aluminium. La dose totale pour une série ne devra pas dépasser 800 r. Elle sera très étalée. Une séance tous les 10 jours.

Au bout de 3 ou 4 mois, selon les résultats obtenus, il est possible, si c'est nécessaire, de recommencer. Il faut se fier à la clinique : âge du sujet, épaisseur de l'angiome, réaction et aspect de la peau.

Malgré de bons résultats, à cette méthode peu commode, comme nous l'avons dit au début de ce paragraphe, on doit préférer la curie-thérapie et la roentgen-thérapie de contact d'application beaucoup plus aisée.

2. Curie-thérapie

Deux méthodes peuvent être utilisées : la punc-

ture et l'application en surface au moyen d'appareils moulés. La puncture est réservée aux angiomes épais, mais il semble que l'on doit, en ce cas, lui préférer la radio-thérapie qui évite au sujet une petite intervention. L'appareil de surface est réalisé par une plaque de cire qui épouse la forme de la région sur laquelle on va l'appliquer. Sur ce moule de cire, on dispose des tubes contenant de 2 à 10 mmg. de radium élément disposés suivant des figures géométriques classiques. On fait varier la distance focus-peau en interposant entre la peau et l'appareil moulé une quantité variable d'épaisseur de compresses et l'on détruit 2 à 3 dixièmes de millicurie par cm^2.

On ne recommence ce traitement que 3 à 4 mois après si nécessaire et en se fiant toujours à la clinique.

3. Radio-thérapie de contact

La radio-thérapie de contact semble à l'heure actuelle, de toutes les méthodes physio-thérapiques la plus simple, la plus rapide et la moins dangereuse. Au niveau des lèvres, des paupières et de la face interne des joues, la curie-thérapie et la roentgen-thérapie classiques sont d'application malaisée sinon impossible. Il semble que dans ce cas ce soit la seule méthode applicable.

Voici la méthode utilisée au C. R. A. C. de Toulouse ; l'appareil utilisé est un Philipps :

Pour les angiomes plans, on utilise la distance focus-peau la plus courte possible, soit 1 cm. 8 et on fait une application de 800 r. sous filtre. L'enfant est revu 3 ou 4 mois après et selon le résultat on fait à nouveau 800 ou 400 r. On peut ainsi, en

allongeant de plus en plus les temps de repos, faire jusqu'à 2.000 r.

Pour les angiomes tubéreux, on utilise une distance focus-peau de 4 cm. et on utilise la même technique.

La dépigmentation est obtenue et les lésions s'affaissent. Seule subsiste une légère différence de teinte entre les lésions saines et la peau recouvrant l'angiome.

Dans les cas d'angiomes plans et chez les sujets plus âgés, les résultats sont moins bons et la dépigmentation ne s'obtient parfois qu'au prix d'une cicatrice représentée par une peau fine, lisse, pâle au niveau de l'ancienne lésion.

4. La Cryo-thérapie

La cryo-thérapie, moins active sur les angiomes plans que sur les angiomes tubéreux, donne des résultats qui, quoique souvent imparfaits, sont cependant intéressants.

Les angiomes plans se montrant d'autant plus réfractaires à l'action du froid qu'ils sont plus âgés ou qu'ils disparaissent moins complètement à la vitro-pression, il conviendra de les traiter, aussitôt que possible, après la naissance et par des applications concentriques intéressant en premier lieu les bords de l'angiome, et s'approchant progressivement de son centre. Le traitement est long, mais ne devra pas décourager l'opérateur.

En principe, on obtiendra toujours par des applications réitérées et surtout dans le cas d'un angiome jeune et peu étendu une diminution de coloration et de surface, et un arrêt de l'évolution de la tumeur.

Dans les cas heureux où on constate la dispari-

tion complète d'un angiome, on obtient une cicatrice de teinte plus ou moins uniforme blanchâtre, mais toujours souple.

5. L'air chaud

La cautérisation à l'air chaud à 750° avec le thermogène de Gaiffe, donne des résultats intéressants dans les angiomes plans. Elle laisse une cicatrice souple, sans pigmentation, ni rétraction, mais elle est très douloureuse, et nécessite une anesthésie générale.

6. L'électrolyse

Elle donne parfois de bons résultats lorsqu'on s'adresse à un angiome punctiforme ou stellaire. Mais elle est douloureuse et son application en un point précis est rendue difficile par les mouvements de l'enfant. De plus, elle n'est pas sans danger au voisinage d'un vaisseau important. Il faudra ne faire que des applications peu intenses pour ne pas s'exposer à obtenir des cicatrices aussi inesthétiques que la lésion. On utilisera deux techniques différentes suivant qu'on s'adresse à des angiomes en nappe uniforme ou à des angiomes érectiles.

a) *Pour la variété d'angiomes en nappes* on utilisera l'électro-puncture négative avec une aiguille très fine enfoncée peu profondément, parallèlement à la surface de la peau : l'intensité sera de 1 ou 2 milliampères et la durée prolongée jusqu'à obtention d'une teinte blanchâtre sur le trajet de l'aiguille. La couche vasculaire est souvent tellement mince que l'aiguille est : ou trop profonde

ou trop superficielle. Aussi si l'on n'a pas d'amélioration, il ne faut pas insister car les répétitions des séances, surtout si on les faisait plus longues et plus intenses, ne feraient qu'ajouter une cicatrice à la lésion. Les angiomes à télangiectasies visibles sont, au contraire, en général, justiciables de l'électro-thérapie.

Quand les lésions sont superficielles, on peut agir vite en localisant sur les petits vaisseaux une fine étincelle de haute fréquence projetée avec une aiguille. On dessine ainsi par une escarrification les trajets vasculaires. Quand les vaisseaux paraissent plus profonds, il est préférable de recourir à l'électro-puncture négative recommandée par Belot.

b) *Dans les angiomes érectiles*, suivant la remarde Locat, le traitement doit être fait dès les premiers jours de la vie. En effet, si certains disparaissent, d'autres grandissent et nécessitent ultérieurement un traitement plus intense. La technique consiste, si la tumeur est petite, à enfoncer une aiguille négative où l'on fait passer 10 à 15 milliampères jusqu'à formation d'une escarrification manifeste. On refait une nouvelle séance après cicatrisation (3 semaines ou 1 mois). Si la tumeur est plus considérable, on enfonce à la base 2 aiguilles parallèles séparées de quelques millimètres. Et l'on relie l'une au pôle négatif et l'autre au positif. On détermine ainsi entre elles une escarrification en nappe, qui formera une zone de sclérose.

Quand l'escarrification est manifeste, on retire les aiguilles et on les replante à quelque distance.

En conclusion, cette méthode ne paraît applicable avec succès et sans laisser de cicatrices que pour les angiomes stellaires de la face.

Toutes les méthodes que nous venons d'envisager jusqu'ici, sauf peut-être la curie-thérapie ou la roentgen-thérapie, présentent l'inconvénient de ne donner que des résultats imparfaits, ou de laisser persister après leur application des cicatrices aussi inesthétiques que la lésion qu'ils sont destinés à traiter. De plus il est des régions où la radium-thérapie ne peut être appliquée du fait des risques de complications et certains angiomes restent inaccessibles aux appareils curie-thérapetiques du fait de leur situation anatomique (lèvre, paupière).

Ceci nous conduit à envisager la thérapeutique chirurgicale qui cherche au contraire à pallier à ces inconvénients.

LA CHIRURGIE

Alors qu'on n'abordait pas autrefois sans appréhension une intervention pour angiome, les progrès actuels de la chirurgie permettent d'envisager cette thérapeutique sans trop d'anxiété et d'en étendre les indications.

Il convient de prendre certaines précautions préopératoires :

1) Pratiquer un temps de saignement et de coagulation, une numération et une transfusion s'il y a eu des hémorragies antérieures.

2) Si une greffe est prévue, un dosage des protéines sanguins dont le taux normal permet d'espérer une bonne cicatrisation.

3) Pour certains grands angiomes régionaux, une angiographie permettra de situer le pédicule vasculaire essentiel.

On opérera sous anesthésie générale à l'éther

associé à l'oxigène et secondairement on pratiquera une anesthésie locale, non douloureuse à ce moment-là, à la novocaïne à 1%, des pédicules vasculo nerveux et du pourtour de la tumeur afin d'éviter les réactions sympathiques désordonnées chez l'enfant à système régulateur thermique si mal réglé. L'anesthésie générale pourra être cessé précocement et on achevera sous anesthésie locale simple.

La chirurgie des angiomes comporte deux temps successifs :

1. Un temps d'Exérèse,
2. Un temps de reconstruction.

Temps d'Exérèse

L'angiome est, nous l'avons dit, une tumeur vasculaire. Aussi son ablation présentera-t-elle des difficultés importantes car ce confluant de vaisseaux nécessitera des ligatures extrêmement nombreuses, une dissection pas à pas, accompagnée d'une hémostase rigoureuse également conduite pas à pas.

Pour les angiomes plans, le temps d'exérèse sera relativement facile puisqu'il n'intéresse que les régions dermo-épidermiques et qu'une incision circulaire menée autour de la tumeur suffit pour en interrompre l'irrigation et rendre son ablation beaucoup plus aisée.

Parfois ces angiomes sont tributaires d'une artériole principale et lorsque cette voie d'irrigation peut être repérée, sa ligature aide grandement à l'exérèse de la tumeur car l'hémostase secondaire n'intéresse que des vaisseaux infimes dont la plu-

part d'ailleurs sont des efférents de la voie principale précédemment liée. C'est le cas par exemple, pour certains angiomes de la région auriculaire, ou de la commissure buccale, et l'on peut à la suite d'une examen minutieux, en comprimant successivement les régions périphériques juxtatumorales, arriver à individualiser le tronc nourricier dont la simple compression digitale fait blêmir l'angiome qui, dans un deuxième stade bleuit par suite de la compression réalisée au niveau de la veine collatérale de l'artère afférente. Cette exérèse, lorsqu'elle doit être suivie de plastie ne peut être effectuée à la diathermo-coagulation. En effet, celle-ci est génératrice d'escarres avec nécrose tissulaire et le tissu de plastic de recouvrement nécessite, au contraire, pour sa nourriture un tissu bien vivant et non sujet à une élimination spontanée.

Ce fait rend les exérèses particulièrement laborieuses car tout vaisseau sectionné doit être ligaturé et non coagulé.

En ce qui concerne les angiomes tubéreux ou profonds, le temps d'exérèse est parfois beaucoup plus délicat, surtout lorsque ces angiomes siègent au niveau de la face. En effet, ces fins vaisseaux vasculaires arrivent à s'insinuer dans les intertices musculaires, entre les filets nerveux et leur dissection s'avère alors parfois très délicate, tels les angiomes caverneux de la région pré-parotidienne qui peuvent conduire à une dissection minutieuse de toutes les branches d'émergence du nerf facial au moment où elles abandonnent la raquette de Valentin. Pourtant, quelle que soit leur nature, plans ou caverneux, les angiomes doivent être enlevés en totalité, si l'on ne veut pas s'exposer à une récidive désespérante.

C'est ainsi que, bien des fois, lorsqu'il s'agit d'un angiome plan, on a l'impression que le tissu vasculaire est recouvert d'une mince pellicule de peau non envahie par le tissu tumoral. On essaie donc, dans ces cas, de cliver le plan de couverture du tissu angiomateux sousjacent. Certes, le résultat immédiat paraît excellent. La peau de couverture après exérèse est livide et il semble qu'on ait atteint le but recherché. Mais au bout de quelques jours, on s'aperçoit que le recouvrement cutané bleuit. Parfois le bleuissement est attribué à la formation d'un hématone qui pourtant ne donne rien à la ponction. Cette hématone n'est pas influencé par les pansements compressifs qu'on peut appliquer sur lui. Au bout d'un mois environ l'angiome s'est reconstitué, aux dépens, semble-t-il, de fines arborisations microscopiques, siégeant dans le derme cutané et ayant brusquement proliféré pour régénérer la tumeur initiale. Parfois, l'exérèse de la tumeur au niveau des parois buccales, nécessite la dissection complète et transfixiante de toutes les parties molles, limitées d'une part par le revêtement cutané ; d'autre part, par la muqueuse endo-buccale. Dès lors, un vaste délabrement en épaisseur est parfois à combler avant de pratiquer au-dessus de lui, les plasties cutanées restauratrices définitives. Ceci nous conduit à envisager ces moyens de plasties.

Cette reconstitution doit porter comme nous venons de le voir :

I. Sur les plans profonds.
II. Sur les revêtements cutanés.

I. Réfection des plans profonds

Il est un principe à placer en évidence en ma-

tière de suture autoplastique. La qualité des résultats esthétiques obtenus au niveau des téguments superficiels est fonction de l'accolement correct des plans profonds. Il ne suffit pas en effet d'obtenir un affrontement parfait des berges cutanées dermo-épidermiques pour avoir une bonne suture et une bonne cicatrice.

Au contraire, le maintient de cet affrontement est souvent une cause d'insuccès esthétique. La multiplicité des sutures n'est pas louable. Toute suture crée, au point où elle est appliquée, un état localisé d'ischémie et les troubles qui s'en suivent. L'idéal est de réaliser un affrontement parfait des berges cutanées par le capitonnage profond et de n'appliquer sur les téguments superficiels que le strict minimum nécessaire. Aussi faut-il envisager les sutures profondes pouvant intéresser les muscles, les aponévroses, et le tissu cellulaire sous-cutané. Ces trois plans, doivent être suturés séparément et de préférence en essayant que les sutures intéressent chacun des plans en se chevauchant.

a) *Plan musculaire :*

Suture par des points dont la direction est perpendiculaire au sens de la fibre, à la seule fin d'éviter une dilacération des faisceaux.

b) *Plan aponévrotique :*

Il constitue la seule zone vraiment résistante, aussi faut-il la faire avec le plus grand soin. C'est le plan de soutènement de la profondeur.

Suture aux points les plus rapprochés les uns des autres.

c) C'est de la *réunion des plans cellulo-graisseux* que va dépendre le résultat cicatriciel esthétique. L'aiguille est introduite tangentiellement à

la surface entrée de façon à mordre légèrement sur la face profonde du derme au voisinage de la berge de l'incision. Elle poursuit sa route dans toute l'épaisseur pour ressortir du côté opposé, réalisant ainsi un point de capiton.

II. *Revêtement cutané*

Deux modes de reconstructions :

— La greffe libre,
— La greffe pédiculée.

LA GREFFE LIBRE

La greffe libre est celle qui peut être transplantée d'un point à un autre du corps sans conserver de moyens d'union avec la région qui lui a donné naissance. Elle peut, selon l'épaisseur de la surface prélevée être : épidermique, dermo-épidermique ou de peau totale. En réalité cette classification ne convient pas aux procédés techniques modernes de prélèvement des greffes libres. En principe, seule l'épaisseur du greffon intervient, d'où la classification actuelle en :

a) Greffe dermo-épidermique mince,
b) Greffe dermo-épidermique épaisse,
c) Greffe cutanée géante.

Le greffon peut être prélevé par différents procédés.

— *Pour les greffes dermo-épidermiques minces* on emploie :

— *la greffe épidermique de Reverdin.* Sur la zone de prélèvement choisie et préparée, on soulève

avec la pointe d'une aiguille ou d'un crochet fin, un petit pli de peau à l'aide d'un bistouri fin et bien aiguisé; on détache une menue pastille.

— *La greffe d'Ollier Tiersh* est constituée par de longs rubans que l'on dispose en lignes parallèles. Le greffon est prélevé au rasoir à coupe ordinaire à face rigoureusement plane.

— *La greffe dermo-épidermique épaisse* consiste à faire une greffe identique à celle de Reverdin, mais plus épaisse. Le prélèvement se fait avec des ciseaux tranchants et sur une étendue plus grande.

— *La greffe de peau totale :* c'est une greffe de peau dégraissée.

Ces deux dernières greffes sont les plus utilisées actuellement car elles présentent l'avantage de ne laisser qu'une cicatrice périphérique correspondant à la région angiomateuse. Et, grâce aux nouveaux appareils de prélèvement elle réalise des greffes de grande surface permettant la couverture de vastes étendues cruentées.

Nous allons nous étendre plus particulièrement sur deux procédés :

La greffe au dermatome de Padgett

Cet appareil, imaginé en 1938 par Padgett, professeur de Clinique Chirurgicale de l'Université de Kansas City, constitue à ce jour l'ultime perfectionnement dans la technique du prélèvement des greffes cutanées. Toute description personnelle serait incomplète aussi préférons-nous citer in extenso un extrait de l'article original de l'auteur lors de la présentation de son appareil.

« *Le dermatome et son mode d'emploi.* — Le « dermatome consiste essentiellement en un demi-

« tambour creux, usiné à la main jusqu'à l'ob-
« tention d'un parfait demi-cylindre muni d'une
« poignée centrale à travers laquelle passe un in-
« dex placé en son centre et porté par deux cous-
« sinets.

« A cet index central, sont fixés deux supports
« bilatéraux réglables, eux-mêmes solidaires, d'un
« porte-couteau. A l'intérieur de ces supports,
« sont deux mécanismes calibrés également laté-
« raux permettant de varier à volonté la distance
« du couteau au tambour. Avant de placer le
« couteau, il est possible de tenir le tambour re-
« levé en le poussant vers l'arrêt de nickel placé
« sur la face latérale interne du support de l'en-
« semble de l'appareil. Ce couteau peut être placé
« sur son porte-couteau et solidarisé avec lui. Le
« tranchant biseauté étant orienté vers le bas,
« grâce à un crampon de nickel. En faisant tour-
« ner une vis située à l'extrémité des supports
« latéraux, la lame est rapprochée ou éloignée du
« tambour. Le contact le plus léger du couteau
« avec le tambour peut être obtenu. La tête des
« vis placés sur les supports est graduée en divi-
« sions distantes de 5 mm. Ainsi, par le seul jeu
« de ces vis, il est permis d'ajuster le couteau
« plus ou moins près du tambour. Cependant,
« après ajustage, latéral identique, il existe un
« deuxième moyen d'ajustage, bilatéral, à une ex-
« trémité de l'index central de la poignée est
« fixé un cadran gradué. Quand le cadran tourne,
« le porte-couteau est élevé ou abaissé parce que
« le dispositif permet de mobiliser les deux extré-
« mités à la fois. Pour séparer le couteau du tam-
« bour, le cadran latéral fixé à l'index est ample-
« ment tourné sur son axe de telle sorte que la
« lame du rasoir s'éloigne du tambour jusqu'à

« obtenir l'épaisseur désirée et mesurée du gref-
« fon de peau destiné à être tranché. Le parcours
« du couteau est d'environ de 50 mm. »

Le tambour et la peau de la région donneuse sont recouverts d'une colle de caoutchouc au moyen d'un pinceau, immédiatement avant que le greffon soit taillé. Le tambour est appliqué contre la peau en faisant légèrement tourner celui-ci. La peau est quelque peu attirée en l'air. Le couteau passe et repasse coupant la peau, à la distance voulue du tambour. Le greffon est posé sur le tambour, et y demeure fixé. On peut ensuite l'en décoller par une légère traction. Signalons ici quelques précautions à prendre au sujet de la colle. Elle peut se solidifier et s'étendre sur la peau sans adhérer. Si la colle est trop épaisse, ces qualités adhésives sont diminuées. Agiter énergiquement la colle avant usage et ne pas la laisser exposée à l'air, car l'éther qu'elle contient s'évapore rapidement. La température possède une influence sur sa consistance. Par temps chaud, elle est plus claire que par temps froid. Si elle est trop dense, ajouter un peu d'éther et agiter. Si elle est trop claire, faire évaporer un peu d'éther. Il est indiqué de ne pas passer la colle sur le tambour si celui-ci est chaud. Ceci pourrait faire bouillir la colle, et annuler ses qualités d'adhésivité. L'eau et le sang, peuvent également les supprimer. Par conséquent, aucune humidité ne doit venir au contact de la colle ou de la surface sur laquelle le greffon doit être prélevé.

La région donneuse sera donc parfaitement sèche. L'antiseptique appliqué préalablement doit être nettoyé à l'éther, avant que la colle soit appliquée.

La surface donneuse, sur laquelle la colle est ré-

partie, doit être exposée à sécher, jusqu'à ce que la colle cesse de briller. Le pinceau servant à répartir la colle, doit être rincé à l'éther et séché avant chaque usage. La couche de colle doit être répartie uniformément sur le tambour et la surface donneuse. Si le chirurgien est droitier, le tambour est tenu de la main gauche, et il manie le couteau avec la main droite.

Après que la colle recouvrant la surface donneuse a cessé de luire, ce qui indique qu'elle est à demie séchée, le tambour est appliqué sur cette surface et maintenu de la sorte 4 à 5 secondes pour que la peau ait le temps d'adhérer au tambour. Le couteau est mobilisé d'un côté à l'autre, agissant à petits coups vifs et rapides de préférence, sur la poignée du couteau. La meilleure méthode consiste à soulever légèrement la peau, en faisant tourner le tambour. Le chirurgien coupe la peau, le couteau tourné et se dirigeant vers lui. Il se penche au-dessus du dermatome pour observer comment est coupé le greffon jusqu'à ce que le tambour ait terminé sa rotation. Les lames de couteau doivent être entretenues bien aiguisées. La coupe de la greffe cutanée en sera grandement facilitée. Le tranchant doit être légèrement rude, mais non comme celui d'un rasoir.

Technique d'utilisation par J. E. SCHECHAN : Elle consiste en un perfectionnement de la technique originaire de PADGETT. Nous la résumerons brièvement en ses différents stades :

1) Une couche de colle caoutchouc est étendue sur le tambour du dermatome.

2) Une épaisseur de gaze est appliquée sur celleci.

3) Une nouvelle couche de dissolution est étendue sur la gaze.
4) L'empreinte de la région à greffer est prise à la façon d'un patron par application sur cette région d'un tissu stérile qui relève sa forme et ses dimensions exactes.
5) On badigeonne la région donneuse de colle après avoir dessiné sur elle l'image de la zone réceptrice.
6) On recouvre de talc stérile toute la région hors de la zone de prélèvement.
7) Le dermatome est alors utilisé pour le prélèvement ordinaire, et il ne découpe, théoriquement du moins, que la surface délimitée. La gaze qui soutient le greffon ainsi prélevé a l'avantage d'empêcher sa rétraction et de faciliter sa fixation sur la région réceptrice.

La greffe par le rasoir de Lacrot

Ce rasoir est composé d'une lame de 17 cm. et d'un bâti amovible. Deux vis règlent une lamelle qui limite la pénétration du tranchant dans les téguments. C'est en définitive un rabot ou un couteau à épluche de même principe mais de dimensions plus grandes que le rasoir de Finochetto. On règle à l'avance l'épaisseur du greffon à prélever et on obtient à son gré soit le greffon mince d'Ollier Thiersh (2 dizièmes de m/m), soit le greffon inter-médio-superficiel de Blair (2/3 d'épaisseur de peau, 4/10 de m/m), soit le greffon épais de Padgett de 3/4 d'épaisseur de peau (6/10 de m/m).

Ce rasoir est promené appuyé avec des mouvements de scie, sur la surface cutanée tendue entre

deux planchettes. Face interne de la cuisse le plus souvent, mais aussi face postérieure ou externe du membre inférieur, ou surface du membre supérieur. Le greffon obtenu est d'épaisseur égale. Il est large de 10 à 15 cm. et de la longueur désirée qui peut aller jusqu'à 80 cm. de la région lombaire au coup de pied.

La pose des grefes : Elles doivent être intimement appliquées sur la région réceptrice. Il faut éviter qu'entre cette région et le greffon s'interposent des bulles d'air ou un suintement sanguin. Une hémostase rigoureuse permet de pallier au second danger. On écartera le premier en prenant les dispositions suivantes : Après les avoir baignés dans le sérum tiède, les greffons seront déroulés sur une surface plane, pratiquement réalisée par le dos de la main. L'opérateur colle le greffon sur la face dorsale de son doigt. Face épidermique sur le gant. Muni d'une pince fine, il aplanit tous les plis de la greffe, et étale les parties périphériques enroulées sur elles-mêmes. Il suffit ensuite de faire rouler la main sur la partie réceptrice, et la greffe s'accole à la surface à recouvrir la face dermique profonde adhérant à la face cruentée. Ce simple procédé a l'avantage de chasser les bulles d'air hors de la surface de prise du greffon, et d'immobiliser celui-ci par simple pression; par plusieurs actes ainsi répétés, on arrive à paver toute la région à greffer. Il ne reste plus dès lors, qu'à assurer la fixité des greffes.

La fixation proprement dite: Les greffes de Reverdin, Davin, d'Oller Thiersh se fixent par simples pressions sur la zone réceptrice. Mais il n'en est pas de même pour les autres genres de

greffe. Sans doute, elles peuvent être appliquées sans aucun moyen d'amarrage, mais vu leur taille, leur élasticité, nous conseillons, forts des résultats obtenus, de les fixer par suture à la région réceptrice.

1) *Suture des greffons :* Nous employons pour ces sutures du fil de soie noir 0 ou un 0 0 ou du fil de nylon. Les greffons sont amarrés par des ponts d'angle à long chef. Entre ces points d'angle, l'un des chefs permet de mener un surjet que l'on arrête par un nœud avec le deuxième chef de l'angle suivant. Les chefs sont conservés pour être utilisés au moment du pansement terminal. De semblables sutures peuvent être faites non seulement pour fixer les greffes à la périphérie de la région réceptrice, mais encore pour solidariser les greffons entr'eux. Outre les résultats satisfaisants qu'il procure, du point de vue esthétique, ce procédé a l'avantage de tendre la greffe assez fortement et d'éviter sa rétraction ultérieure. Il contribue aussi à appliquer les lambeaux d'une façon intime, sur la zone réceptrice.

2) *Fixation à la dermophane :* Ce deuxième mode consiste à les maintenir en bonne position par des lamelles de cellophane épurée, c'est-à-dire de coton chimiquement préparé parfaitement lisse, perméable à l'air et au liquide, imperméable aux grosses molécules et aux bactéries. Elle réalise un pansement idéal pour les greffes puisqu'elle les laisse respirer tout en les protégeant contre l'infection. La dermophane, joint à ces qualités, celle d'adhérer dès qu'elle est humectée. Aussi l'utilisons-nous, ainsi que le préconise YSELIN comme

moyen de fixation, en lui faisant recouvrir les greffes, ainsi que les régions avoisinantes de peau saine.

3) *Fixation par appareil de pression :* Construit en caoutchouc vulcanisé, il ne nécessite aucune suture du greffon, mais exige autant que possible, un greffon unique. Cette fixation est particulièrement indiquée dans la réfection des pourtours des orifices naturels de la face soit pour combler des plaies anfractueuses et à la surface irrégulière dont on aura pris au préalable, une empreinte rigoureuse. Pour notre part, nous réalisons une cupule en caoutchouc peu creuse et à la dimension du pourtour à greffer. Le bord de cette cupule exerce sa pression sur cette limite à l'endroit où théoriquement devrait être suturé le lambeau. C'est par cette pression que le greffon est maintenu en place et qu'est assurée son adhérence intime aux berges de la plaie. La plaque vulcanisée sera maintenue en place, soit par des bandes adhésives prenant largement sur les régions saines, soit par des rotules dont les tiges prennent point d'appui sur des casques crâniens quand il s'agit de greffe de la joue. Nous employons également dérivé de ce procédé, des plaques de stents dont le modelage à chaud est extrêmement facile et permet l'application immédiate d'une plaque rigide sur la région réceptrice. Le seul reproche qu'on puisse formuler et qui nous a été donné d'observer, est que inclus au milieu d'un volumineux pansement dont il assure la rigidité et la pression uniforme. le stents au bout des 10 jours nécessaires à la prise du greffon, se ramollit, pour n'assurer qu'imparfaitement son rôle fixateur. Les plaques de mica de COELST suturées autour du champ opératoire, répondent au même but.

4) *Fixation par le plasma :* Elle fut décrite par Sans en 1943. Cet auteur a découvert que si l'on badigeonne la surface réceptrice avec du plasma, et la surface cruentée du greffon avec de la thrombine, on obtient un coagulum fibrineux qui colle le greffon à son lit.

LES GREFFES PÉDICULÉES

En opposition aux greffes libres dont la caractéristique est d'être transplantées loin de la région sur laquelle elles ont été prélevées, sans point d'attache avec celle-ci, il est possible de réaliser des lambeaux tégumentaires et même musculaires nourris par la région qui leur donne naissance et auxquelles on donne le nom de lambeaux pédiculés. C'est là un terme générique qui permet d'englober l'ensemble des autoplasties de ce genre, telles qu'elles ont été décrites jusqu'à présent. Se cantonnant pour la plupart à l'étage facial, ce sont essentiellement :

— la méthode française,
— la méthode indienne.

Ces greffes comportent seulement deux temps opératoires successifs :

1) Avivement de la région à greffer, et taille du lambeau pédicule.

2) Suture en place de ce lambeau.

Entre ces deux temps opératoires, diverses orientations peuvent être imprimées à ce lambeau, et ceci nous permet de subdiviser ce chapitre en :

A) *Greffe par glissement du lambeau :*

a) Méthode française,
b) Autoplastie de Esser,
c) Autoplastie par la méthode hongroise,
d) Autoplastie en Z.

B) *Greffes pédiculées avec rotation du lambeau*, tels que :

a) Méthode indienne,
b) Autoplastie des trois lambeaux et avec balancement des lambeaux de Vïrenque.

Les méthodes

1. — *GREFFE PÉDICULÉE SIMPLE*

Méthode française

Dans son traité sur l'art de restaurer les difformités de la face selon la méthode par déplacement, ou méthode française. Serre en 1943, Professeur de Clinique Chirurgicale à Montpellier, écrivait :

« Parmi toutes les méthodes connues jusqu'à « ce jour, il en est trois principales qui sont res- « tées dans le domaine de la science. Savoir la « méthode italienne, ou par transplantation; la « méthode indienne ou par torsion, et la métho- « de que j'appelle française ou par déplacement.

« La méthode par transplanstation, quoique « de date plus récente, que la méthode indien- « ne, doit figurer en première ligne : C'est elle « qui, selon moi, marque les premiers pas de la « chirurgie plastique, car on n'arrive jamais aux « procédés les plus simples et les plus sûrs qu'a- « près s'être livré à une série de tâtonnements « infructueux. Mais la méthode par transplanta-

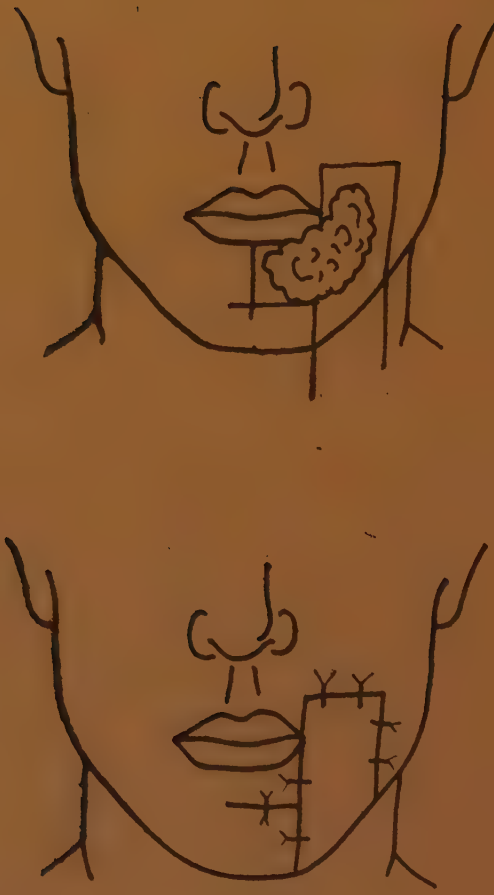

Fig. I. — Méthode française par glissement (extrait de l'atlas de Serre).

« tion n'est plus admissible de nos jours sauf « d'une manière très exceptionnelle ou lorsque « le mauvais état de la peau des parties voisines « n'avait pas permis de l'utiliser. Quant à la mé- « thode indienne, elle l'emporte de beaucoup « sur la méthode italienne, et il est certaines « difformités auxquelles on ne saurait remédier « que par ce moyen. Mais cette méthode a le « grand inconvénient de substituer une nouvel- « le plaie à la difformité déjà existante, et de fai- « re subir aux téguments un mouvement de tor- « sion qui gêne la circulation lymphatique et « sanguine et expose le lambeau à la gangrène. « Ces inconvénients témoignent de l'utilité et des « avantages que présente la méthode française ».

Celle-ci se distingue en ce qu'elle est plus simple et plus rapide dans l'exécution, ne laisse aucune plaie à fermer et n'expose que rarement le lambeau à se mortifier par cela même qu'il ne subit pas la plus légère torsion. Cette méthode, dit le professeur Brugraive, est incontestablement celle qui présente le plus d'avantages, car on taille le lambeau sur le côté de la solution de continuité sur laquelle on le ramène par glissement, son apposition est directe, et ne présente aucun des inconvénients du renversement. Chaque fois que la partie sur laquelle on opère le permet, il convient donc, de lui donner la préférence. Le lambeau destiné à réparer la perte de substance doit être pris de préférence dans le lieu le plus voisin, soit afin de lui faire subir le moindre déplacement possible, soit afin de diminuer la durée de l'opération. Le lambeau doit avoir des dimensions d'environ 1/4 de plus que la perte de substance à restaurer. Ce n'est pas tant que la forme et l'étendue à donner au

lambeau, il faut encore lui ménager une certaine épaisseur au risque de le voir frapper de mort par la privation seule du tissu cellulaire qui le double. Dans le cas où l'extensibilité de la peau serait insuffisante, pour arriver au point que l'on veut atteindre, on peut, à la rigueur, avoir recours aux incisions de décharge.

2. — *L'AUTOPLASTIE DITE DE ESSER*

Sous ce terme, il est permis d'entendre trois sortes d'autoplasties :

a) L'autoplastie de ESSER par rotation de la joue,
b) L'autoplastie à double lambeau,
c) L'autoplastie à pédicules vasculo-nerveux.

Leur unité réside dans le fait que leur pédicule est centré par un paquet vasculaire autonome d'irrigation (AUBRY et FREIDEL).

a) *Autoplastie par rotation de la joue.*

1er temps : Avivement des bords de la perte de substance.

2ème temps : Tracé des lambeaux. Une longue incision curviligne part de la partie antérieure du bord supérieur de la perte de substance, l'incision courbe à convexité supérieure, traverse la joue pour aboutir au bord inférieur du maxillaire inférieur près de l'angle de la mâchoire. Le lambeau comprend l'artère faciale.

3ème temps : Décollement du lambeau. La peau est largement décollée de telle façon que la rotation du lambeau soit aisée autour de son vaste pédicule, allant de la perte de substance, à l'angle de la mâchoire.

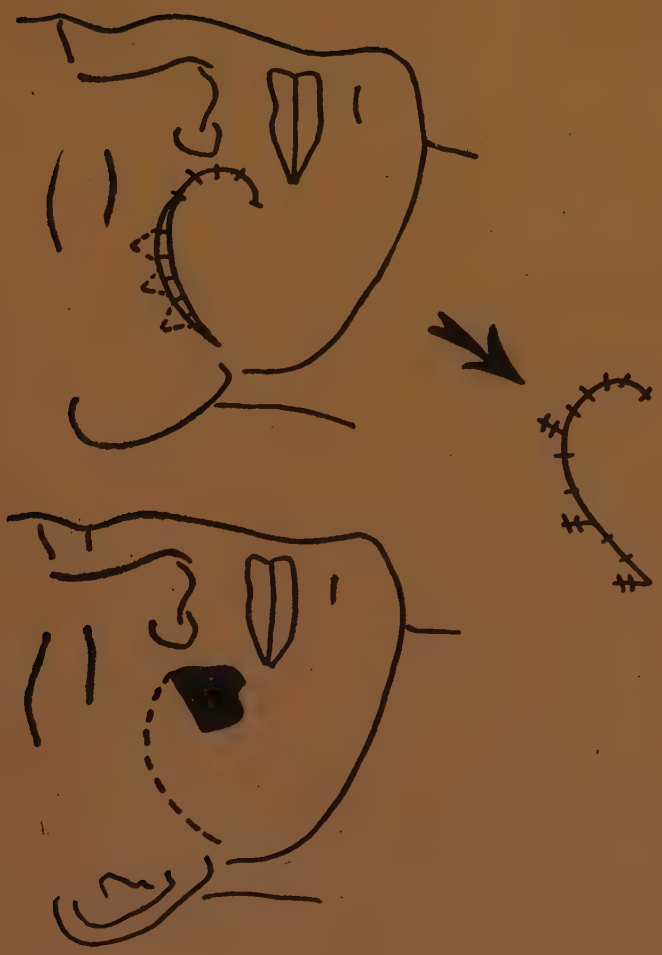

Fig. II. — Méthode par rotation du lanbeau (type Esser).

4ème temps : Suture : Le lambeau ayant subi son mouvement de rotation, son extrémité antérieure vient s'appliquer sur la perte de substance réelle maintenant comblée. Il en résulte que la lèvre postérieure est plus longue que la lèvre antérieure fournie par le lambeau. Pour y rémédier, on peut faire deux ou trois incisions cunéiformes sur la lèvre postéro-supérieure, ce qui évite un nombre trop considérable de plissements.

b) *Autoplastie à double lambeau.*

On a parfois utilisé cette méthode pour des pertes de substance intéressant non seulement le plan cutané, mais encore le plan muqueux.

3. — *AUTOPLASTIE PAR LA METHODE HONGROISE*

Deux noms s'attachent à cette plastie par glissement : Blaskowics et Imre, Saint-Martin qui l'introduisit en France. La méthode hongroise consiste à combler une perte de substance par glissement d'un lambeau à large pédicule taillé au dépends des surfaces cutanées voisines en utilisant l'excision d'un triangle cutané de rapprochement dont le jeu permet de ne laisser à découvert aucune surface cruentée et d'éviter tout plissement du lambeau et toute traction sur ses bords. Paradoxe: le principe consiste à exciser un triangle cutané pour remplacer une perte de substance avoisinante.

a) *Technique de* Blaskowics: La perte de substance est convenablement avivée à partir de l'extrémité interne de cette surface cutanée, on trace au bistouri une incision curviligne. Cette incision qui descend plus ou moins bas sur la joue, délimite

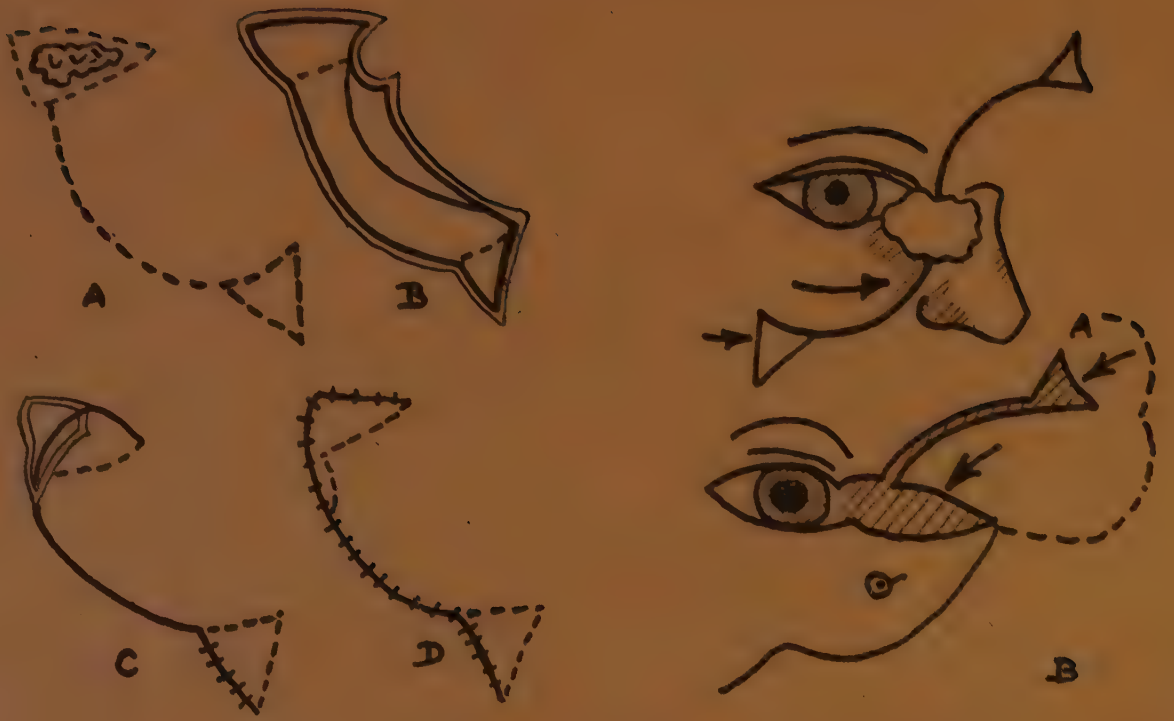

Fig. III. — Méthode hongroise (extrait de l'atlas de Imre).

un lambeau plus ou moins vaste. Le triangle à exciser est placé à l'extrémité de cette incision du côté convexe de sa courbe et perpendiculaire à elle. Il est en général orienté verticalement, mais il peut l'être plus ou moins obliquement. Cette obliquité varie avec la longueur de l'incision et aussi avec son rayon de courbure. L'étendue de la base du triangle doit être égale au plus grand écartement des lèvres de la surface cruentée à combler. L'excision des téguments inscrits dans le triangle étant effectuée, on procède à la libération du lambeau cutané délimité par l'incision curviligne. Cette libération dépassera largement l'axe de son pédicule et comprendra le côté du triangle le plus éloigné de la pointe du lambeau. L'autre côté du triangle restant au contraire adhérent au plan profond est destiné à servir d'appui aux sutures qui maintiendront le lambeau à sa place définitive. La peau libérée minutieusement, jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, sans le dépasser pour éviter les gros vaisseaux et les nerfs, doit être mince, souple et très mobile. On a ainsi réalisé une vaste surface cruentée à bords arrondis, dont le sommet correspond à la brèche à combler. Dès lors, le rapprochement des deux côtés du triangle, de telle sorte que le côté distal vienne s'appliquer contre le côté proximal, entraînera le déplacement de la totalité des lambeaux cutanés vers la perte de substance. Si les dimensions du triangle correspondent à celle de la perte de substance, celle-ci se trouve exactement comblée par le déplacement. Les sutures placées obliquement sur le bord convexe du lambeau rapprochent progressivement celui-ci du sommet de la surface cruentée et complètent sa mise en place correcte.

b) *Technique* d'Imre : Ici, l'incision qui délimite le lambeau comporte un rayon de courbure beaucoup plus court. Le lambeau est plus étroit que précédemment. Le comblement de la perte de substance se fait d'une façon différente. Une fois la libération du lambeau effectuée, et le triangle réséqué, les téguments sous-jacents à l'incision curviligne seront en même temps libérés, ainsi que le côté proximal du triangle. Dès lors, le rapprochement des côtés du triangle exerce une traction excentrique sur les téguments libérés. D'où résulte une réduction de la courbe de la lèvre inférieure de l'incision curviligne, son ascension et enfin la mise en place du lambeau au-dessus du plan qu'il occupait avant sa libération.

4. — *AUTOPLASTIE EN Z*

Elle a pour but de déterminer des triangles superposés, qui, une fois libérés peuvent être inversés. C'est-à-dire que le triangle supérieur prend la place du triangle inférieur et inversement. Le jambage du Z est constitué par la cicatrice elle-même. Ces branches d'égale longueur se détachent de ses deux extrémités en faisant avec lui un angle de 60° qui est la mesure permettant les meilleurs résultats. On libère les lambeaux et on enlève les tissus.

5. — *METHODE INDIENNE*
ou autoplastie par enjambement

Le lambeau bascule autour d'un pédicule court et large et provient d'une région voisine de la perte de substance à combler. Oberlin la résume de la façon suivante :

« La bascule du lambeau peut se faire par cour-

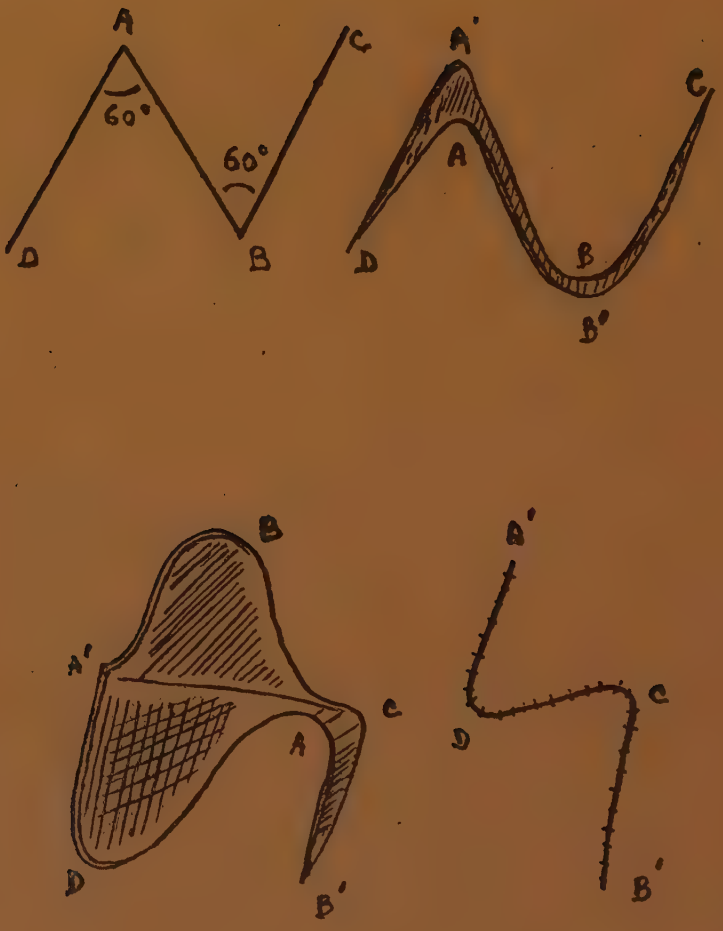

Fig. IV. — Autoplastie en Z.

« bure, soit dans le sens de la flexion, soit dans le « sens de l'extension, par enroulement, retourne- « ment, ou torsion. La courbure, lorsqu'elle agit « dans le sens de la flexion, adosse par leur surface « cruentée la moitié proximale et la moitié distale « du lambeau. Lorsqu'elle agit dans le sens de l'ex- « tension, ce sont des surfaces cutanées qu'elle « adosse. L'enroulement du lambeau n'est autre « que sa courbure portée au maximum, le retour- « nement n'est que l'extension poussée à l'extrême. « Dans la torsion, le lambeau uni ou bipédiculé « pivote autour de sa racine d'un certain nombre « de degrés, 180 au maximum, à la manière des ai- « guilles d'une montre. Ce mouvement entraîne « une torsion du pédicule sur lui-même, si bien « que son irrigation se trouve compromise. Afin « d'éviter des accidents d'ischémie, deux précau- « tions sont à prendre : L'une consiste à faire la « rotation par étapes successives avant de suturer « le lambeau en place. L'autre, à donner aux pé- « dicules une orientation rigoureusement calculée. « De ce point de vue, il faut distinguer le pédicu- « le en état de continuité avec la perte de substan- « ce à combler, le pédicule en état de contiguité et « le pédicule en état d'éloignement.

« Le pédicule continu, subit au moment de la « la translation une moindre torsion, et jouit donc « d'une meilleure irrigation. On peut suturer ses « bords dans toute leur étendue à ceux de la sur- « face à combler. Enfin son modelage ultérieur est « rendu plus facile du fait qu'il est moins saillant « et moins déformé par la torsion que les deux au- « tres types. Les autres variétés laissent au contrai- « re, après application du lambeau, un vide entre « eux et la peau voisine de la perte de substances, « et leur utilisation pour le comblement de cette

« dernière, n'est donc jamais aussi complète qu'au « cas de pédicule continu. Le modelage ultérieur « s'en trouvera plus difficile. Le pédicule contigu « enfin subit fréquemment une torsion importante « qui menace sa vitalité. Il convient donc toujours « de prendre la précaution de ne pas donner à la « ligne basale du pédicule une direction perpendi- « culaire à celle que prendra le lambeau une fois « mené à sa nouvelle place. Il faut au contraire « que cette ligne basale pédiculaire se rapproche « le plus possible de la parallèle au lambeau, ce « qu'on réalise facilement en faisant descendre « une des deux incisions qui limitent le pédicule « plus bas que l'autre ».

Moyens de fixation

Ils doivent être dominés par deux préoccupations :

— la rétraction des lambeau,
— la qualité et la quantité des sutures destinées à les maintenir.

Rétraction des lambeaux : Est la conséquence de l'élasticité cutanée. Tout lambeau subit après son décollement une diminution de longueur et de largeur. Pour les lambeaux pédiculés, la rétraction, conséquence de la diminution de longueur, s'effectue vers l'implantation du transplant cutané, c'est-à-dire vers la base du pédicule. Il faut distinguer:

1° la rétraction opératoire à laquelle nous venons de faire allusion;

2° la rétraction post-opératoire cicatricielle.

Aussi faut-il poser comme règle que tout lambeau qui tire pendant le temps opératoire est un mauvais lambeau. Il ne faut pas se laisser obnubi-

ler par les résultats immédiats, sans traction, dans la majorité des cas, éphémères.

Virenque (Paris) a énoncé un principe tendant à éviter la rétraction des lambeaux vers leur base d'implantation qu'il désigne sous le nom de *« balancement des lambeaux »*. Elle consiste à prévoir dans le temps d'autoplastie des larges plaies, la taille des lambeaux dont l'action des rétractions est directement opposée, et donc s'annullera. Le balancement loin des commissures sera complet et obtenu grâce à quatre lambeaux suturés en croix irrégulière (2 dans le sens horizontal, 2 dans le sens vertical). Ou de 6 lambeaux suturés en échelle. Près des commissures au contraire, le balancement sera incomplet et obtenu selon la méthode des trois lambeaux. Enfin cette rétractation sera en partie détruite par la façon dont sera immobilisée l'autoplastie et dont seront faites les sutures destinées à la maintenir en position convenable. Ceci nous conduit à envisager la *qualité et la quantité des sutures* :

QUALITÉ ET QUANTITÉ DES SUTURES

Les techniques sont très nombreuses :

a) *Le point simple normal.*

b) *Le point de* Donati Blaire : Peu souvent employé en autoplastie. Il s'adresse aux régions où s'exerce une légère traction et surtout aux peaux épaisses et rigides. L'aiguille charge les tissus deux fois : L'un comme pour un point ordinaire, l'autre en ne prenant que le

bord de la peau elle-même. Le nœud est serré sur le côté.

c) *Le point de* GILLIS: Celui qui donne théoriquement le meilleur résultat esthétique. Le point est passé, non pas obliquement, de dehors en dedans, mais au contraire, obliquement de dedans en dehors. L'anse du fil porté par une aiguille très courte, pénètre sur le bord même de la ligne d'incision, et étreint une épaisseur dermique et sous-cutanée, plus grande dans la profondeur qu'à la surface.

d) *Les points en U et en X :* A condamner formellement.

e) *Suture par sujet :* Quel qu'il soit, simple, à points pressés, à points de matelassiers, etc... a l'inconvénient de froncer les tissus au niveau du nœud, de laisser une trop grande part de responsabilité à un aide qui ne maintient pas le surjet sous une rétraction correcte. De plus, un suintement sanguin et lymphatique, s'effectue toujours au niveau des lignes de suture. Ce suintement est un facteur de mauvaises cicatrisations. Enfin, il est laborieux à enlever. Mais le plus grand reproche qu'on puisse adresser au surjet, est d'étrangler la zone linéaire de la cicatrisation. Il en résulte une ischémie de cette région. une évolution fibreuse, ou une cicatrice défectueuse.

Matériel : Pour le tissu cellulo-graisseux, et pour les plans aponévrotiques on utilisera le catgut fin 0, pas trop fin pour ne pas scier. Au niveau du second plan, on pourra utiliser du catgut de calibre plus gros, et moins résorbable. Du 1 ou du 2.

Pour le plan musculaire, on utilise un fil irrésorbable de nylon ou de soie.

Sur le plan superficiel : les fils nylon, soie, les bandelettes de coaptation. Au niveau de la face, on donnera la préférence au fil de soie ou de nylon.

Critique et Choix des procédés thérapeutiques

A l'heure actuelle, il semble que la thérapeutique des angiomes se limite à la seule question : agents physiques ou chimiques.

1. Les injections sclérosantes sont pratiquement abandonnées.

En effet, outre les dangers de sphaiels, d'hémorragies, d'infection et parfois même de gangraine cutanée extensive, les résultats obtenus grâce à ce procédé thérapeutique sont toujours insuffisants. On n'obtient jamais une disparition complète de la zone angiomateuse et il persiste une élevure post-opératoire, comme si le tissu angiomateux avait été pétrifié sur place. La nodosité créé n'a aucune tendance régressive et ne disparaît pas. Souvent la persistance de cette nodosité impose une intervention sanglante pour son ablation. Dès lors, il semble qu'il soit illogique de mettre en œuvre une thérapeutique qui, on le sait à l'avance, s'avérera insuffisante pour en terminer par un acte qui aurait pu être pratiqué dès les premiers instants du traitement.

Dans les cas les meilleurs où l'injection sclérosante a particulièrement bien agi, la quantité

de liquide caustique injecté a été telle que des escarres se sont produites par mortification tissulaire. Lorsqu'elles tombent, ces escarres laissent une cicatrice indélibile disgracieuse qu'il convient également d'opérer.

Donc, pour plusieurs raisons, il semble que les injections sclérosantes ne doivent conserver qu'un intérêt historique dans la thérapeutique angiomateuse.

2) Pour des motifs analogues et pour des résultats presque toujours incomplets, il semble qu'il faille également abandonner définitivement, hormis le cas de certains petits angiomes punctiformes peu étendus, l'air chaud qui nécessite une anesthésie générale pour son application. A pratiquer cette anesthésie, encore vaut-il mieux la faire suivre d'une sanction thérapeutique dont le résultat sera plus probant, l'exérèse chirurgicale par exemple.

3) La cryothérapie ne donne également que des résultats imparfaits, laissant persister une cicatrice blanchâtre que les patients demandent parfois de faire disparaître par intervention chirurgicale ultérieure.

Dès lors le problème se limite alors dans une thérapeutique basée soit sur les agents physiques soit sur la chirurgie.

Bien que nous ne voulions pas prendre partie immédiatement, avant discussion pour l'une ou pour l'autre des deux méthodes, reconnaissons toutefois que les avantages que certains accordent aux agents physiques sont plutôt d'ordre moral.

En effet, l'argument majeur est que cette thérapeutique évite l'acte chirurgical et ceci prend une importance capitale quand on sait les difficultés

que l'on rencontre journellement pour faire accepter aux patients une intervention, si minime soit-elle. La grande majorité préfèrent à une intervention rapide, une longue thérapeutique sous rayons parfois inopérants, parce que impossible à être employés à doses suffisantes.

En effet, les agents physiques n'agissent en quelque sorte qu'à des doses seuils au-dessous desquelles ils sont inopérants, mais au-dessus desquels ils deviennent extrêmement dangereux.

Alors que les mutilations qu'ils peuvent entraîner, à leur dose vraiment efficace sont négligeables lorsqu'il s'agit de traiter une lésion cancéreuse, par exemple, où il faut frapper fort quel que soit le délabrement résiduel; dans le cas de lésions bénignes, il semble que la dose nécessaire soit trop importante et risque d'être trop mutilante ultérieurement. A dose trop faible, le résultat sera toujours imparfait.

Donc, les thérapeutiques par agents physiques imposent une prudence parfois génératrice d'insuccès.

Prudence à l'égard des tissus ambiants, prudence lorsque la tumeur siège au niveau des régions diaphysoepiphysaires chez l'enfant ou au niveau du cuir chevelu, le résultat pouvant se solder par un arrêt de croissance d'un membre ou par une alopécie définitive, prudence lorsque la thérapeutique s'adresse à des régions à cartilage sous-jacent et rapprochés du plan cutané, oreilles, paupières, etc..., exposés à des chondrites et à des éliminations dangereuses. Prudence également lorsqu'on agit au niveau des ovaires, où danger pour les angiomes musculaires d'une rétraction, entraînant le raccourcissement d'un membre par exemple, la guérison se faisant par fibrose.

De plus, les agents physiques ne sont jamais efficients en une seule séance et leurs actions s'étale sur des semaines parfois, des mois et cette longueur du traitement est un argument de plus en faveur de l'intervention chirurgicale.

Certains auteurs précisent que l'intervention chirurgicale peut toujours être tentée après échec des agents physiques. Certes, une intervention est toujours possible, mais elle est rendue dans ce cas beaucoup plus difficile et son résultat est très aléatoire.

Les tissus irradiés saignent au moment de l'intervention, leur vitalité est amoindrie et parfois les cicatrices obtenues sont de mauvaise qualité.

Aussi nous pensons que la meilleure thérapeutique actuelle des lésions angiomateuses de la face soit la chirurgie.

Précisons que celle-ci doit être appliquée avec minutie, par des chirurgiens exercés à la chirurgie plastique. Car mal appliqués, les procédés plastiques décrits sont générateurs de cicatrices, presque aussi disgracieuses que la lésion primitive.

De plus, la chirurgie est souvent sollicitée pour traiter des enfants. Il faut savoir que dans tous les cas, même pour les tumeurs minimes, l'acte chirurgical devra être remis après la deuxième année.

En effet, c'est un fait d'expérience, les abblations d'angiomes de la face sont souvent suivies, au même titre que les interventions pour bec de lièvre du redoutable syndrome: pâleur et hyperthermie. Ce n'est donc que la main forcée, sous transfusion de sang systématique que se fera cette abblation avant la deuxième année.

Et même dans le cas où le chirurgien se voit obligé d'opérer très tôt en raison du caractère évo-

lutif de l'angiome ou de ses complications. la statistique de Fèvre. qui porte pourtant 3 fois sur 4 sur des enfants entre 6 mois et 1 an montre la réelle rareté des réactions inquiétantes grâce à une technique précise.

1 seul décès sur 208 enfants et sur un nombre d'interventions plus considérables. certains ayant même été opérés en 2 temps. certains même à 5 reprises pour des angiomes diffus ou multiples.

La solution chirurgicale semble donc être moins douloureuse. moins pénible. moins longue. et plus simple et ses indications beaucoup plus nombreuses qu'autrefois.

C'est d'ailleurs ce que démontrent les quelques observations présentées :

OBSERVATIONS

I. ANGIOMES TRAITÉS PAR AGENTS PHYSIQUES

1. *Claude : 1 an.* — N° 22.112

Angiome situé à la face postérieure du bras gauche. circulaire, 3 cm. de diamètre.

Soulevé de 1/2 cm. environ au-dessus de la peau. apparu 15 jours après la naissance. rouge framboise..

Pas de décoloration à la vitro pression: mou: pas de vascularisation de voisinage. A 1 2 cm. de la lésion. on trouve deux petits angiomes de la dimension d'une pointe d'épingle.

Radium: 6 mmg.. 6 aiguilles de 1 mmg. 25 av. 50
sur appareil ciré 20 av. 50
1.08

Repris de 18 juillet 50

8 mmg. : 4 aiguilles de 2 mmg. 18 juillet 50
appareil ciré 19 juillet 50
sur la lésion 1,20

2 *octobre* 1950. — Docteur Nègre
Résultat encore imparfait. Coloration rose, un peu pâlie mais persistance de la surélévation.
Novembre 1950 : Traité radium

6 mmg. : 4 aiguilles de 1 mmg. 5 16 nov. 50
appareil ciré 17 nov. 50
sur la lésion 0,99

19 *Février* 51: Décoloration encore incomplète à parfaire par bitothérapie.

20 *Février* 51: 6 mmg.: 1 plaque de sels collés de 6 mmg. sur la lésion: 1 h. 1/4.

Docteur Nègre: 21 mai 51

— Il persiste une coloration rose pâle encore accentuée qui nécessiterait un nouveau trait. Toutefois, en raison du nombre d'applications, il convient d'attendre, pour faire un nouveau traitement, 2 ou 3 mois.

2. *Colette: 2 mois.* — N° 1851 bis

— Angiome, ligne médiane sur une horizontale passant par les arcades sourcillières.
Forme irrégulière occupant environ 1 cm. 2: couleur: framboise clair. Consistance: pas de différence avec les tissus avoisinants: pas de surélévation.

Traitement de radium:

4 mmg.: 1 plaque de sels collés de 23 mai 50
4 mmg. sur la lésion 3/4 d'heure

Août 1950. — Docteur NÈGRE:
Décoloration sensible mais incomplète: pourra être traitée de la même manière en octobre

Octobre 1950:
4 mmg.: 1 plaque de sels collés 23 oct. 1950
de 4 mmg. sur la lésion 3/4 d'heure

3. *Richard: 19 mois.* — 1843 bis
— Apparition à 3 mois d'un angiome de l'aile gauche du nez, de la dimension d'une pièce de 50 centimes.
Radiothérapie de contact
17.V.50; Radiothérapie de cont.: f.o 1.8: 500 r.
17.X.50: 800 r.
Revue le 21 juin 1950 par le Docteur NÈGRE.
Actuellement décoloration complète de l'angiome et début d'affaissement. Toutefois, au centre, la petite tumeur présente une surélévation de 3 m/m; à revoir dans un mois.

4. *Marc: 9 mois.* — 1836 bis
— Angiome congénital au niveau du nez.
— Situation: au 1/3 inférieur du nez, à gauche de la ligne médiane.
— Forme ellipsoïde, à grand axe en bas, de dehors en dedans.
— Dimensions: 2 cm. sur 1 cm., surélévation de 1 cm.
— Couleur claire, violacée, plus claire au centre.
— Consistance dépressible.
Radiothérapie de contact.
10 mai: Philips 4 cm. f.o. 1000 r. 1 seul champ.
5 juillet: 4 cm. f.o. 100 r. de chaque côté.

8 novembre: 4 cm. f.o. 800 r. 1 seul champ.
15 décembre: 4 cm. f.o. 100 r. de chaque côté.
Cet enfant présente une décoloration nette, mais la tumeur ne s'est pas affaissée, aussi on envisage le traitement par radiothérapie classique: 120 kv., 2 Al., 250 r.
14 mars: Amélioration depuis la séance de radiothérapie superficielle de novembre. L'angiome a régressé en volume et en étendue.
Nouvelle séance de 250 r.

5. *Michel: 1 an 1/2.* — N° 2025 bis
— Angiome de la lèvre supérieure qui présente comme un épaississement de 2 cm. 5 qui fait saillir la lèvre supérieure vers le bas en son milieu. L'ensemble de la tumeur représente le volume d'une grosse noisette. La pression efface la tumeur. Peau très légèrement rosée à son niveau.
Philips: 4 cm. f.o. 615 r.
1 cm. f.o. 115 r.
Régression importante de la tumeur; décoloration.

II. — ANGIOMES TRAITÉS PAR LA CHIRURGIE

1. *Daisy 14 ans:*
— Cette observation n'a pas trait à des angiomes faciaux, mais nous avons cru utile, à cause de son intérêt thérapeutique, de l'inclure dans ce travail.
— Volumineux angiomes de la jambe gauche

atteignant sa face antero interne et postero interne. Les surfaces angiomateuses séparées par des espaces de peau saine sont de dimensions variables de 2 à 20 cm.^{2}. Angiomes plans.

— Ablation des tumeurs angiomateuses, hemostase rigoureuse et application immédiate de greffes dermo-épidermique au dermatome de PADGETT.

— Suture de ces greffons. Pansements compressifs.

— Dix jours après, résultat parfait.

2. *Jacqueline 16 ans:*

— Très volumineux angiome plan: tache lie de vin s'étendant de la région auriculaire droite à la lèvre inférieure du même côté englobant toute la moitié inférieure de la joue droite, la région cervicale supérieure, la commisure labiale, le menton, la lèvre inférieure dans toute son épaisseur. Des injections sclérosantes furent pratiquées au niveau de la lèvre inférieure. Mais sans résultat. A l'intervention dissection minutieuse de toute la lèvre inférieure sur toute son épaisseur. Excision d'une vaste surface jugale et juxta-commisurale ne représentant cependant que la moitié de la totalité de l'angiome.

— Grefef dermo-épidermique avec lambeau au Dermatome de PADGETT. suture au fil de nylon, pansements compressifs. Résultat excellent.

— Dans un second temps opératoire une deuxième greffe sera suturée après excision de la portion résiduelle de l'angiome.

3. *P... Yvette 2 ans 1/2* (Service de Clinique chirurgicale infantile) :

— Volumineux angiome de la lèvre supérieure dans sa moitié gauche. Angiome occupant toute l'épaisseur de la lèvre et remontant très haut dans le sillon noso génien.

Incision endo buccale vestibulaire dans le fond du cul de sac gengival. Dissection d'un vaste lambeau muqueux rabattu en tablier autour d'une charnière constituée par le rebord cutanéo muqueux de la lèvre. Poursuite de la dissection sous-cutanée dans la région naso genienne. Le tablier cutanéo muqueux est rabattu à l'intérieur du vestibule buccal et suture endo vestibulaire. Récidive dans le mois suivant l'opération. Nouvelle opération, très bon résultat.

4. *V... Paul 5 ans:*

— Angiome dans la région sous-orbitaire gauche très profond de la dimension d'une pièce de 20 sous. Excision de la tumeur, dissection profonde, minutieuse. La plaie réalisée est circulaire et d'une profondeur d'un demi centimètre.

— Réfection du plan profond par suture musculaire.

— Comblement cutané par greffon curviligne à concavité inférieure, rotation de lambeau et procédé du triangle. Points de capiton sous-cutanés.

— Suture cutanée au fil de nylon 0 0.

— Résultat parfait.

— La plastie était inspirée à la fois de la plastie type ESSER et de la méthode hongroise.

Conclusions

Il ressort de cette étude sur la thérapeutique des angiomes cutanés en chirurgie maxillo faciale que plusieurs méthodes peuvent être proposées :

La cryothérapie.
Les injections sclérosantes.
La curiethérapie.
La Roentgenthérapie.
L'air chaud.
L'électrolyse.
La chirurgie.

Les seules méthodes encore en faveur sont actuellement les agents physiques et la chirurgie.

— Pour des raisons de sécurité et pour des motifs d'ordre esthétique, il semble que la chirurgie doive être préférée aux agents physiques dans la thérapeutique de ces tumeurs.

Mais cette chirurgie ne devra être pratiquée qu'avec des soins particuliers :

— Soins de préparation opératoire (transfusion de sang chez les jeunes enfants avant l'âge de 2 ans).

— Soins opératoires : ablation minutieuse pas à pas de la totalité de tumeur sous peine de récidive.

— Plasties soignées de comblement de la zone d'exérèse,

comprenant une reconstruction ds plans profonds t une reconstitution des zones cutanées, soit par greffes libres, soit par greffes pédiculées. Correctment effectuées, ces interventions doivent donner dans tous les cas toute satisfaction.

Le Président de la Thèse,

VIRENQUE.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur ;
BRUSTIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 30 Juin 1951
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Bernard Bourret. — « Les diverses techniques de Roentgenthérapie en dermatologie ». *Thèse*, Lyon, 1948.

Eugène Dechazal. — « Contribution à l'état actuel des traitements des angiomes par des injections sclérosantes ou par la curiethérapie ». *Thèse*, Montpellier, 1942.

Jean Demontes. — « Six cas d'angiomes traitées par les injections sclérosantes de quinine Urithane ». *Thèse*, Montpellier, 1944.

Professeur Marcel Fèvre. — Les angiomes chirurgicaux et la place de la chirurgie dans le traitement des angiomes. (Concours médical, avril 1950).

Kummer. — Radiumthérapie des tumeurs vasculaires de la peau. *Journal de Radiologie*, 1924.

Le Goupil. — « Roentgenthérapie des angiomes ». *Thèse*, Paris, 1948.

Germaine Mayer. — « Résultats esthétiques obtenus après électrocoagulation en dermatologie ». *Thèse*, Paris, 1939.

Le Praticien Médical Français (Octobre 1923). — « Traitement des angiomes des jeunes enfants par la bitothérapie ».

Docteur Jean Sécail. — Traité de chirurgie plastique (en préparation).

Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneix. — *Electrologie* (T. xxxi, T. xxxii).

Sezary, Ducourtroux, Barbara. — Traitement des angiomes cutanés par les injections sclérosantes de chlorydrate de quinine et d'urée. *Revue Médicale*, 15 février 1933).

René Vigourt. — « La Cryothérapie dans le traitement des nævi vasculaires sanguins ». *Thèse*, Paris, 1934.

—— Observations de Radiothérapie et Curiethérapie du C. R. A. C. de la Faculté de Toulouse. (Service du professeur Marquès et du Docteur Nègre.

Imprimerie Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières,

As. 101 Dép. lég. 2me trim. 51